Aus dem Sozialhygienischen Seminar der Universität Berlin
(Leiter: Prof. Dr. A. Grotjahn †)

Die Zunahme der Anstaltsentbindungen im Deutschen Reich

*

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

Vorgelegt von

Rudolf Goldstein

aus Berlin

Tag der Promotion: 11. Mai 1934

Verlag Curt Kabitzsch / Leipzig 1932

358

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Gocht
Referent: Priv.-Doz. Dr. Georg Wolff
Korreferent: Prof. Wagner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Sonderdruck aus dem
Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung, Band 18 H. 4
Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1932
Printed in Germany

Aus dem sozialhygienischen Seminar der Universität Berlin
(Leiter: Prof. Dr. A. Grotjahn †)

Die Zunahme der Anstaltsentbindungen im Deutschen Reich

Von **Rudolf Goldstein**, Berlin

I.

Die immer stärkere Abkehr von der Entbindung im Privathause und die Zunahme der Anstaltsgeburten bildet eine sozialhygienisch höchst bedeutsame Erscheinung. Schon seit langem ist dieser Vorgang von Sozialhygienikern (11) und den Frauenärzten (17) erkannt worden, und schon frühzeitig hat Grotjahn auf seine große Bedeutung hingewiesen, wenn er bereits im Jahre 1908 schrieb, es sei nicht ausgeschlossen, „daß überhaupt in Zukunft bei den auf enge Wohnungen angewiesenen Bevölkerungsschichten die Geburt in der Anstalt der herrschende Typus wird. Unter diesem Gesichtspunkte gewinnen auch die wenigen, bereits heute bestehenden Entbindungsanstalten eine große soziale Bedeutung." Trotzdem hat dieses Problem in der sozialen Hygiene bisher nur wenig eingehendere Beachtung gefunden. Das ist um so verwunderlicher, als es sich bei der Wandlung von der Hausgeburt zur Anstaltsentbindung um eine soziologisch wie hygienisch gleich wichtige Frage handelt. Die Geburt, seit Jahrtausenden Ausgangs- und Höhepunkt des Familienlebens, wird in den letzten Jahren in immer zunehmendem Maße aus dem Rahmen der eigenen Wohnung genommen und in ein neues Milieu verlegt. Neben der Familie macht die Gesellschaft ihren Anspruch auf die Nachkommenschaft geltend und gewährt dem neuen Mitgliede die erste Hilfe.

Es soll die Aufgabe dieser Arbeit sein, im Sinne der deskriptiven sozialen Hygiene den Anstieg der Anstaltsentbindungen darzustellen und seinen Ursachen nachzugehen, wobei zu versuchen sein wird, einen so großen Eingriff in das Familienleben zu einem ähnlich weitgehenden gesellschaftlichen Strukturwandel in Beziehung zu setzen. Wenn es gelingt, diesen Zusammenhang aufzuzeigen, wird unser Problem

damit Teilerscheinung eines größeren Geschehens, und es wird dann überflüssig, im normativen Sinne Forderungen zu erheben, es wird zur Frage der Weltanschauung, ob wir eine sichtbare Entwicklung bejahen oder verneinen wollen. Die Einzelerscheinung wird man nur wenig beeinflussen können.

Die Beschreibung der Entwicklung der Entbindungsanstalten hat vorwiegend nach statistischen Gesichtspunkten zu erfolgen, und hierbei ergibt sich eine größere Reihe methodischer Schwierigkeiten. Nicht alle in Anstalten stattgefundenen Entbindungen finden sich in der amtlichen Statistik unter „Anstaltsentbindungen", vielmehr sind hier nur diejenigen gezählt, die in eigentlichen Entbindungsanstalten oder in besonderen geburtshilflichen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern sich vollzogen, während die sehr zahlreichen Geburten, die in Allgemeinkrankenhäusern ohne besondere Abteilung erfolgten, unter „andere Entwicklungskrankheiten und normale Entbindungen" gezählt werden. Weiterhin werden seit 1902 auch nur die Geburten als Anstaltsentbindungen mitgerechnet, die in Anstalten mit 11 und mehr Betten erfolgten. Auch dadurch entgehen nicht wenige Geburten der statistischen Betrachtung, die in den vielerorts recht zahlreichen kleineren privaten Anstalten stattgefunden haben. Hierin wird durch die weiter unten erwähnte jüngste Änderung der Krankenanstaltsstatistik eine Besserung eintreten. Daß aus diesen Gründen die wahre Zahl der Anstaltsgeburten die scheinbare der Reichsstatistik nicht unerheblich übersteigt, wird im folgenden noch zu beweisen sein.

Auf der anderen Seite besteht auch die Möglichkeit, die Zahl der Anstaltsgeburten zu überschätzen, da in den Entbindungsanstalten eine in den letzten Jahren ständig gestiegene Menge von Fehlgeburten behandelt worden ist. Wie die Zahlen zeigen, sind diese in manchen Anstalten als Entbindungen, in anderen dagegen nicht als solche gezählt worden.

Es ist nicht möglich, alle diese Fehlerquellen in der Weise auszuschalten, daß sich neue Zahlen ergeben, die tatsächlich die Gesamtheit aller vorgekommenen Anstaltsgeburten darstellen; durch kritische Verwertung aller in Frage kommenden Faktoren ist es jedoch möglich, die Art und Größe der Abweichung von den ursprünglichen Zahlen und die Haupttendenzen der Zunahme der Anstaltsgeburten so weit erkennbar zu machen, daß die vorhandene Entwicklung gut überblickt werden kann. Genauere Resultate werden erst dann zu erhalten sein, wenn die amtliche Geburten- und Heilanstaltsstatistik ganz erheblich ausgebaut sein wird, wie es nunmehr nach der Änderung der Krankenanstaltsstatistik wenigstens zum Teil der Fall sein wird (8). In Zukunft werden die Anstalten mit weniger als 11 Betten mitgezählt und auch über einzelne Betten für Entbindungen in Allgemeinanstalten muß berichtet werden. Auch werden die Begriffe der Frühgeburt, Fehl- und Totgeburt eingehend definiert. Eine weitgehende Neugestaltung der Geburtenstatistik ist auch von Hirsch und Roesle (16) vorgeschlagen worden.

Bei der folgenden Darstellung werden wir uns im wesentlichen an die Zahlen der Reichsstatistik halten und nur an den Stellen, wo es notwendig ist, auf die Fehlerquellen hinweisen, sowie, wenn nötig, den Fehler zahlenmäßig auszuschalten suchen. Auf diese Weise sind wir in der Lage, auf den

in sich einheitlichen, auch mit den gleichen Fehlern behafteten Zahlen der Reichsstatistik zu fußen; daß diese Methode erlaubt ist, werden wir dadurch zeigen können, daß durch den Fehler die zu betrachtenden Verhältniszahlen nicht erheblich verändert werden oder durch die Mitbetrachtung dieser Faktoren die Tatsachen, auf deren Darstellung es ankommt, eher noch verstärkt zum Ausdruck kommen.

II.

Seit dem Jahre 1877, seit es in Deutschland eine Heilanstaltsstatistik gibt, ist die Zahl der Entbindungsanstalten, abgesehen von einem kurzen Stillstand während des Krieges, ununterbrochen gestiegen (Tabelle I). Eine scheinbare starke Abnahme der privaten Anstalten im Jahre 1902 erklärt sich daraus, daß bis zu diesem Jahre, wie schon erwähnt, alle Anstalten, seit 1902 nur die mit 11 und mehr Betten berichten mußten, so daß für die Statistik eine große Anzahl von Zwerganstalten in Fortfall kam. Die Bettenzahl ist denn auch von 1900—1902 nur bei den privaten Anstalten gesunken, im ganzen aber genau gleich geblieben. Tabelle I zeigt daneben den weit stärkeren Anstieg der Zahl der Betten als der Zahl der Anstalten; während sich die öffentlichen (nur diese sind vergleichbar) Entbindungsheime seit 1877 nicht ganz verdreifacht haben, hat sich die Zahl der Betten darin um das Viereinhalbfache vermehrt. Auf diesen Vorgang, der bei den Allgemeinkrankenhäusern in gleicher Weise in Erscheinung tritt, weist Goldmann (7) besonders hin und bezieht ihn auf das Streben nach wirtschaftlicherer Gestaltung auch im Krankenhauswesen.

Von dem Stillstand in der Entwicklung der Entbindungsanstalten während des Krieges wurden die privaten Anstalten weit stärker betroffen als die öffentlichen. In diesen begann die Bettenzahl schon vom Jahre 1919 an, und zwar in erheblich höherem Grade als vor dem Kriege, wieder zu steigen, während bei den privaten Anstalten die Zunahme erst im Jahre 1925 einsetzte. Hierin zeigt sich deutlich die stärkere Abhängigkeit der Privateinrichtungen von der wirtschaftlichen Lage. Infolge der bisher fehlenden Aufspaltung der privaten Anstalten in sog. „Privatkliniken", die reine Erwerbsunternehmen darstellen und in die von charitativen Organisationen unterhaltenen, sonst fast völlig den öffentlichen entsprechenden Anstalten, ist es nicht möglich, diesen Einfluß näher zu untersuchen. Immerhin dürfte es berechtigt sein, den Stillstand im Wachstum der Privatanstalten im Jahre 1929 auf die in diesem Jahre begonnene Verschlechterung der Wirtschaftslage zurückzuführen.

Da auch die Allgemeinkrankenhäuser seit 1877 stark, und zwar weit mehr als es der Bevölkerungszunahme entspricht, gewachsen sind,

Tabelle I
Die Entbindungsanstalten im Deutschen Reich (36, 37, 38, 39, 40)

Jahr	Zahl der Entbindungsanstalten			Zahl der Betten in Entbindungsanstalten			Zahl der Betten in Allgemeinkrankenhäusern		100 Krankenhausbetten entsprech. in Entb.-Anst.	
	öff.	priv.	zus.	öff.	priv.	zus.	öffentl.	alle	öff.	alle
1877	61	193	254	1723	433	2156	62140	72219	2,77	2,99
1880	66	224	290	1813	515	2328	64825	78384	2,80	2,97
1890	75	104	179	2412	268	2680	—	—	—	—
1900	80	87	176	2936	335	3271	115524	165236	2,54	1,98
1902	79	15	94	3057	214	3271	126865	187574	2,41	1,74
1911	85	28	113	4035	572	4607	164910	266831	2,45	1,73
1912	84	28	112	4298	645	4943	170289	275822	2,52	1,79
1913	81	32	113	4310	747	5057	177468	286828	2,43	1,76
1914	83	35	118	4574	846	5420	183292	289885	2,49	1,87
1915	82	36	118	4535	916	5451	203461	287009	2,23	1,90
1916	81	35	116	4514	904	5418	210410	297444	2,15	1,82
1917	82	35	117	4570	887	5457	245865	295685	1,86	1,85
1918	81	36	117	4390	899	5289	255859	303047	1,72	1,75
1919	84	36	120	4571	918	5489	265557	313192	1,72	1,75
1920	92	36	128	4944	809	5753	275264	320015	1,79	1,80
1921	103	43	146	5371	859	6230	278154	322343	1,93	1,93
1922	105	40	145	5403	900	6303	288148	328197	1,88	1,92
1923	110	51	161	5558	938	6496	287270	325110	1,93	2,00
1924	120	59	179	5891	933	6824	287174	325391	2,05	2,10
1925	125	42	167	6276	889	7165	296209	335840	2,12	2,13
1926	136	60	196	6782	1016	7798	303837	345273	2,24	2,26
1927	147	65	212	7046	1137	8183	314019	358329	2,24	2,28
1928	156	112	268	7571	1637	9208	327491	374260	2,31	2,51
1929	170	116	286	8135	1568	9703	343636	389967	2,36	2,49

ist zu untersuchen, ob der Anstieg der Entbindungsanstalten dieser Entwicklung lediglich parallel gegangen ist oder ob er eigene Tendenzen aufzuweisen hatte. Zu diesem Zweck setzen wir die Zahl der Betten der Entbindungsanstalten in Beziehung zur Bettenzahl der Allgemeinkrankenhäuser, wie es in der vorletzten Spalte der Tabelle I geschehen ist. Indes bis 1902 die Allgemeinkrankenhäuser stärker wuchsen, verhielten sich von 1902—1919 diese und die Entbindungsanstalten etwa gleichartig, und seit 1919 beginnen sich die letzteren rascher als die übrigen Anstalten auszudehnen. Dadurch standen im Jahre 1928 100 Betten in Allgemeinkrankenhäusern 2,51 Entbindungsanstaltsbetten gegenüber, während es im Jahre 1919 erst 1,75 waren. Daß diese Entwicklung sich 1929 nicht fortgesetzt hat, liegt an der Stagnation der privaten Anstalten, auf die schon oben hingewiesen wurde.

Da die öffentlichen Anstalten sich in ihrer Entwicklung von der Gesamtheit aller Anstalten nicht unwesentlich unterscheiden, vergleichen wir diese in derselben Weise. Auch hier war das Tempo des Anstiegs der Allgemeinkrankenhäuser und der Entbindungsanstalten von 1900—1914 etwa gleich, aber während des Krieges verminderte sich die Zahl der Betten der Entbindungsanstalten gegenüber der der Krankenhäuser erheblich. Dies geschah sowohl durch den Stillstand der Entwicklung der Entbindungsheime als auch durch das naturgemäß besonders beschleunigte Wachstum der Allgemeinanstalten in jener Zeit. Nach dem Kriege setzte bei den öffentlichen Entbindungsanstalten eine besonders starke Zunahme ein, die trotz der ebenfalls vorhandenen Ausdehnung der Krankenhäuser die Zahl der 100 Krankenhausbetten gegenüberstehenden Entbindungsanstaltsbetten von 1,72 im Jahre 1919 auf 2,36 im Jahre 1929 in die Höhe trieb; die absolute Zahl der Betten in den öffentlichen Entbindungsanstalten hat sich in dieser Zeit sogar beinahe verdoppelt, sie stieg von 4571 im Jahre 1919 auf 8135 im Jahre 1929. Diese absolute Zunahme ist fast noch wesentlicher als die relative, da trotz der starken Erhöhung der Relativzahl auch 1929 das alte Verhältnis von 1914 mit 2,49 Entbindungsanstaltsbetten auf 100 andere noch nicht wieder erreicht war. Bei der Gesamtheit aller Anstalten sind diese Werte allerdings längst überschritten.

Wie schon erwähnt, übertrifft die Zunahme der Krankenanstalten jeder Art erheblich die Bevölkerungszunahme; da aber der Anteil der Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter an der Gesamtbevölkerung heute beträchtlich größer als früher ist, ist zu untersuchen, wie sich die Entwicklung der Entbindungsanstalten zur Zahl der Frauen im Alter von 15—50 Jahren verhält und ob auch nach dieser Korrektur die besonders starke Vermehrung der Entbindungsheime noch zum Vorschein kommt oder dem Wachstum der Allgemeinkrankenhäuser, diese zur Gesamtbevölkerung in Beziehung gesetzt, parallel geht. Nach der Tabelle II hat sich das vor dem Kriege sehr rasche Wachstum der Allgemeinkrankenhäuser nach dem Kriege nur noch langsam fortgesetzt. Bezogen auf eine konstante Bevölkerungszahl, haben sich die Krankenhausbetten seit 1919 nur um ein Fünftel vermehrt, während sich die Entbindungsanstaltenbetten in der gleichen Zeit fast verdoppelt haben. Vor dem Kriege war die Entwicklung nahezu umgekehrt, von 1877—1913 stieg die Zahl der Krankenhausbetten auf 10000 Einwohner von 16,6 auf 43,3, indes die Zahl der Betten in Entbindungsanstalten nur von 2,1 auf 3,3 stieg.

Erst in der Nachkriegszeit hat sich also das Wachstumstempo der Entbindungsanstalten wesentlich beschleunigt. Seit 1919 übertrifft es

Tabelle II

	Zahl der Betten	
	in den Krankenhäusern auf 10000 Einwohner	in den Entbindungsanstalten auf 10000 gebärfähige Frauen
1877	16,6	2,1
1913	43,3	3,3
1919	51,9	3,1
1929	61	6

erheblich den Anstieg der Allgemeinkrankenhäuser, und auch absolut ist die Kurve ihrer Bettenvermehrung steiler geworden, während sich das Wachstum der allgemeinen Anstalten etwa in gleichem Maße wie vor dem Kriege fortgesetzt hat. Erst dieses besondere Verhalten bei den Entbindungsanstalten in der letzten Zeit berechtigt dazu, sie gesondert zu betrachten, ihre frühere Entwicklung trennte sie nicht wesentlich von allen anderen Krankenanstalten.

Die Zahl der in den Entbindungsanstalten vorhandenen Betten stellt nicht ohne weiteres die Menge aller in Krankenanstalten für Entbindungen zur Verfügung stehenden Betten dar; um diese Zahl zu erhalten, sind vielmehr noch diejenigen Betten hinzuzurechnen, die in Allgemeinkrankenhäusern dafür vorhanden waren. Deren Anzahl ist nicht bekannt, daß sie aber ziemlich groß sein muß, geht aus den vielen Entbindungen hervor, die in Allgemeinanstalten stattgefunden haben, was im folgenden noch gezeigt werden soll.

Wenn Deutschland auch im Krankenhauswesen der Bettenhäufigkeit nach an der Spitze marschiert (7), so zeigt sich doch bei den Entbindungsheimen ebenso wie bei allen anderen Anstalten eine beträchtliche geographische Ungleichheit in der Verteilung der Betten. Berechnen wir für eine Anzahl Länder und Landesteile die Zahl der auf 100 Entbindungen überhaupt entfallenden Anstaltsbetten, wie es auf Tabelle III geschah, so können wir zwanglos mehrere Gruppen unterscheiden. Die erste Gruppe bilden 1925 wie 1929 die Großstädte bzw. Stadtstaaten, die weitaus am besten mit Betten versorgt sind. Diesen folgt in größerem Abstande eine weitere Gruppe, die meist industrielle Gebiete umfaßt. Die übrigen auf der Tabelle III verzeichneten Gebiete tragen überwiegend landwirtschaftliches Gepräge oder sind von sehr armer Bevölkerung bewohnt. Eine vierte, auf der Tabelle III nicht vorhandene Gruppe wird von Hohenzollern, Anhalt, Mecklenburg-Strelitz, Schaumburg-Lippe und Waldeck gebildet, die nur sehr kleine oder zerrissene Gebiete bilden oder völlig agrarischen Charakter tragen. In diesen Ländern sind nach der Reichsstatistik überhaupt keine An-

Tabelle III

Anzahl der Betten in Entbindungsanstalten nach Ländern und Landesteilen (36, 38)

	1925		1929	
	absolut	auf 100 Neugeborene	absolut	auf 100 Neugeborene
Berlin	1207	2,46	1664	3,70
Bremen	138	2,35	156	2,52
Hamburg	351	1,99	426	2,50
Braunschweig	57	0,57	93	1,09
Hannover	368	0,54	581	0,97
Rheinprovinz	984	0,63	1270	0,91
Sachsen (Land)	467	0,51	616	0,74
Oldenburg	80	0,59	90	0,74
Pommern	153	0,34	223	0,58
Bayern	650	0,38	857	0,56
Mecklenburg-Schwerin	53	0,34	53	0,41
Ostpreußen	97	0,16	211	0,40
Baden	135	0,27	147	0,32
Oberschlesien	71	0,17	105	0,28

staltsentbindungen vorgekommen. Daß dies nur sehr bedingt zutrifft und sich nur auf die eigentlichen Entbindungsanstalten bezieht, außerhalb von diesen aber doch Anstaltsgeburten vorgekommen sind, wird noch gezeigt werden.

Die Zahl der Anstaltsentbindungen war vor dem Kriege nur sehr klein, so betrug im Jahre 1913 der Anteil der Anstaltsgeburten an der Gesamtzahl aller Geburten nur 3,3%, also nur einen geringen Bruchteil, dessen Schwankungen nicht überschätzt werden dürfen. Erst nach dem Kriege fing die Zahl der Anstaltsentbindungen derart zu steigen an, daß sie nunmehr tatsächlich einen erheblichen Teil aller Geburten bilden. Da der Anteil der Fehlgeburten an der Belegung der Anstalten ständig gestiegen ist, müssen diese zunächst von der Summe der in Entbindungsanstalten behandelten Frauen abgezogen werden, um ein klares Bild von der Zunahme der Anstaltsentbindungen zu erhalten. So waren im Jahre 1911 2505 oder 4,11% der Behandlungsfälle Fehlgeburten, im Jahre 1929 waren es aber 21093 oder 13,71%. Diese Fehlgeburten sind nicht immer durch Subtraktion der Zahl der Neugeborenen von der der Entbindungen zu errechnen, da in früheren Jahren manche der berichtenden Anstalten Fehlgeburten als Entbindungen mitgezählt, andere dies jedoch unterlassen haben und dadurch Unstimmigkeiten entstanden, die auch auf der Tabelle IV erscheinen.

Tabelle IV
Die Anstaltsentbindungen 1911—1929 im Deutschen Reich
(36, 37, 38, 39, 40)

	Alle Lebend- und Totgeburten	Anstalts-entbindungen	Neugeborene in den Entbind.-Anstalten	Anstalts-geburten auf 1000 Neugeb. überh.	Im Krhs. behand. weibliche Entwickl.-Krankh.	Fehlgeb. in Entb.-Anstalten in % der Entb.
1911	1927030	60954			31738	4,1
1912	1925883	67027	194456	33,8	36032	4,30
1913	1894598	70962			40628	4,34
1914	1874389	75035			35910	4,02
1915	1425596	67865	198344	45,5	27511	4,18
1916	1062287	59695			26599	5,70
1917	939938	53443			6277	9,94
1918	956251	59572	171169	53,9	13333	11,00
1919	1299404	70914			25526	10,37
1920	1652593	91051	86056	52,1	36394	8,82
1921	1611420	92124	87207	54,2	42080	8,68
1922	1450893	88596	84066	58,0	57974	8,44
1923	1340154	79094	73658	54,9	51045	10,98
1924	1313625	90643	83759	63,7	72442	11,78
1925	1336327	113546	106045	79,4	99343	9,97
1926	1269419	123105	110751	90,1	112266	10,04
1927	1200029	128861	113632	97,8	132653	11,82
1928	1215777	142369	123445	104,4	160850	13,29
1929	1183728	153105	132712	115,7	178909	13,71

Indes die Anstaltsentbindungen nach dem Kriege dauernd zugenommen haben, nahm ihre Zahl während des Krieges ab. Es liegt nahe, dies auf das damals besonders starke Sinken der Geburtenziffer zu beziehen, doch scheint diese Erklärung nicht ganz auszureichen, da wir in allen anderen Zeiträumen auffallenderweise sehen, daß die Zunahme der Anstaltsentbindungen durch den Geburtenrückgang gar nicht beeinflußt wurde.

Auch 11,6% Anstaltsgeburten wären nur ein relativ geringer Teil aller Entbindungen, wenn sie tatsächlich die Summe aller in Anstalten zur Welt gekommenen Neugeborenen bildeten; außerdem ist aber noch eine große Zahl Kinder in Allgemeinkrankenhäusern ohne besondere geburtshilfliche Abteilung geboren worden. Diese Entbindungen finden sich in der Reichsstatistik unter „andere Entwicklungskrankheiten und normale Entbindungen", wobei stets 95—98% davon Personen weiblichen Geschlechts betreffen und die als spezifisch weibliche Erkrankungen fast nur Entbindungen und Fehlgeburten sein können. Die Anzahl dieser „Entwicklungskrankheiten" ist nach dem Kriege

(Tabelle IV) weitaus größer als die Zahl der Geburten in Entbindungsanstalten. Wenn man selbst die Hälfte dieser Erkrankungen auf Fehlgeburten und andere Störungen bezieht, zeigt sich doch, daß die wahre Zahl aller Anstaltsentbindungen um mindestens 50—60% höher angenommen werden muß, als es bei ausschließlicher Betrachtung der Statistik der Entbindungsanstalten den Anschein hat.

Eine weitere Vermehrung der Anstaltsgeburten tritt dadurch ein, daß bisher nur die Anstalten mit 11 und mehr Betten von der Statistik erfaßt wurden. Daß aus diesen Gründen zahlreiche Anstalts-

Tabelle V
Zahl der Anstaltsentbindungen

	Nach der Statistik des Deutschen Reiches		Nach der Enquete des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses	
	1926	1929[1])	1927	1928
Lippe	285	290	556	636
Mecklenburg-Strelitz .	—	—	53	62

entbindungen der Statistik entgingen, beweisen die Zahlen der Tabelle V, die einen Vergleich der Zahlen der „Statistik des Deutschen Reiches" und einer Enquete des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses, die alle überhaupt vorgekommenen Anstaltsgeburten in Lippe, Mecklenburg-Strelitz, Kassel und Augsburg erfaßte, zeigen. Dabei ist in Lippe auch eine kleine Zahl (in beiden Jahren etwa je 20) Entbindungen mitgezählt worden, die außerhalb des Landes stattgefunden hatten, also beim Vergleich fortfallen müssen. Leider konnten nicht genau gleiche Jahre verglichen werden, doch ist nicht zu zweifeln, daß diese, wenn auch kleinen Zahlen einwandfrei beweisen, daß die Zahlen der Heilanstaltsstatistik nur eine untere Grenze darstellen und die wirkliche Zahl der Anstaltsentbindungen höher liegt. Als relativer Maßstab für das Anwachsen der Anstaltsgeburten reichen sie jedoch aus, da ihr Verhältnis zur Gesamtheit der Anstaltsentbindungen nicht gestiegen, sondern eher gesunken ist. Zum Beweise dafür weisen wir auf einen Vergleich der zweiten und fünften Spalte der Tabelle IV hin, der die bedeutend raschere Zunahme der „Entwicklungskrankheiten" zeigt. Das Tempo der Zunahme der Anstaltsentbindungen wird also durch

[1]) Die unveröffentlichten Zahlen für 1929 sind uns freundlichst vom Statistischen Reichsamt, die Zahlen der Enquete des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses von der medizinisch-statistischen Abteilung dieses Instituts (Leiter Dr. E. Meier) überlassen worden, wofür wir auch an dieser Stelle unseren Dank aussprechen.

die Einbeziehung der in Allgemeinkrankenhäusern vorgekommenen Geburten in die Betrachtung nicht verlangsamt, sondern sogar noch beschleunigt.

Die geographischen Verschiedenheiten zeigen sich noch deutlicher als bei der Zahl der Betten bei der der Entbindungen. Während die Anstaltsgröße außer durch das wirkliche Bedürfnis immerhin hier und da durch andere Faktoren, politische und weltanschauliche Rücksichten oder in wirtschaftlich besseren Zeiten durch den Ehrgeiz der Kommunen beeinflußt wird, regelt sich die Zahl der Anstaltsentbindungen mehr durch das tatsächliche Bedürfnis, natürlich im Rahmen der durch die vorhandene Bettenzahl gegebenen Möglichkeiten. Die Großstädte und Industriebezirke zeigen die meisten Anstaltsgeburten, und der Grad der Zunahme ist in diesen Gebieten trotz des auch schon 1925 großen Anteils an allen Geburten nicht schwächer geworden. In einigen vorwiegend landwirtschaftlichen Landesteilen hat die Zahl der Anstaltsentbindungen sogar abgenommen, jedoch sind durch den gleichzeitigen Geburtenrückgang in Baden die Anstaltsgeburten trotz absoluter Abnahme relativ noch etwas gewachsen.

Tabelle VI

Anstaltsentbindungen im Jahre 1925 und 1929 nach Ländern und Landesteilen (36, 40)

	Zahl der Anstalts-Entbindungen		Zunahme	Entbindungen insgesamt		Von 100 Entbindungen waren Anst.-Entbindung.	
	1925	1929[1])	%	1925	1929	1925	1929
Berlin	21305	28738	34,09	49083	44948	43,40	63,94
Bremen	3034	3823	26,01	5875	6177	51,64	59,10
Hamburg	6762	9443	39,65	17619	17068	38,38	55,33
Braunschweig. . .	1182	1636	38,41	9919	8562	11,92	19,11
Sachsen (Land) . .	7464	12372	65,75	92108	83631	8,10	14,79
Rheinprovinz . .	15087	19158	26,98	156316	138986	9,65	12,35
Bayern	12134	18114	49,28	171881	153548	7,06	11,80
Hannover	5115	6850	34,71	68054	60007	7,52	11,42
Oldenburg	1248	960	—22,22	13596	12091	9,32	7,94
Pommern	2190	2940	34,25	45509	38607	4,81	7,63
Mecklb.-Schw. . .	726	821	13,09	15680	13047	4,63	6,39
Ostpreußen . . .	2403	2065	—13,51	59436	52346	4,04	3,95
Oberschlesien . .	870	1228	41,15	41850	38100	2,08	3,22
Baden	1314	1196	— 8,98	51219	46615	2,57	2,62
Brandenburg . . .	785	990	26,11	51647	44672	1,52	2,22

[1]) Unveröffentlichte Zahlen des Statistischen Reichsamts (s. oben).

Die besonders hohen Zahlen der Stadtgebiete erklären sich neben der stärkeren Frequentierung durch die städtische Bevölkerung auch dadurch, daß die Anstalten in den Städten, wie auch Engel (4) erwähnt, den Sammelpunkt für die Umgebung bilden.

Nur so wird es verständlich, daß in der Provinz Brandenburg im Jahre 1925 von 100 Entbindungen nur 1,52 und 1929 2,22 Anstaltsentbindungen waren, für Brandenburg stellen eben in großem Umfange die Berliner Krankenhäuser und Kliniken die in Frage kommenden Anstalten dar. Dasselbe zeigt sich, wenn in der gesamten Rheinprovinz 1929 12,35% der Geburten in Anstalten stattfanden, in der Stadt Düsseldorf (45) waren es im selben Jahre dagegen 52,63%. Daß die Zunahme der Anstaltsentbindungen erst seit dem Kriege ein so schnelles Tempo angenommen hat, sei am Beispiel Hamburgs (46) und Dortmunds (4) dargestellt. In Hamburg stieg der Anteil der Anstaltsgeburten von 1901—1914 von 4,26 auf 10,78%, 1918 waren es bereits 24,21, 1925 43,23 und 1930 59,91%. In Dortmund waren 1900 2,4% Anstaltsentbindungen, 1915 12,7%, 1918 16,6%, 1925 28,7% und 1927 32,7%.

Die schon vor dem Kriege bestehende Zunahme der Anstaltsentbindungen hat also seit dem Kriege einen besonderen Umfang angenommen, so daß im Jahre 1929 im Deutschen Reich 11,6% aller Geburten in Entbindungsanstalten stattgefunden haben. In den Städten war die Zunahme noch weit größer, in Berlin waren fast zwei Drittel der Geburten Anstaltsentbindungen. Dieser Anstieg bezieht sich auf fast alle Landesteile, nur in einigen landwirtschaftlichen Gebieten haben die Anstaltsentbindungen nicht zugenommen. Über das errechnete Maß von 11,6% hinaus ist die Zahl der Anstaltsgeburten aber noch als weit höher anzunehmen, da die Entbindungen in Anstalten mit weniger als 11 Betten gar nicht, die in Allgemeinkrankenhäusern als Entwicklungskrankheiten gezählt wurden. Da auch bei diesen seit dem Kriege eine außerordentliche Steigerung zu bemerken ist, muß, um die wahre Zahl der Anstaltsentbindungen zu erhalten, selbst bei vorsichtiger Bewertung jener Faktoren, die Summe der Anstaltsgeburten um mindestens 50% höher vermutet werden. Es ist also anzunehmen, daß im Jahre 1929 15—20% aller Entbindungen im Gesamtgebiet des Deutschen Reiches in Anstalten stattgefunden haben und daß in vielen Großstädten die Anstaltsgeburt heute bereits den Normalfall, die Entbindung im Privathause die Ausnahme bildet.

III.

Ehe wir nach den Ursachen suchen, die die Zunahme der Anstaltsentbindungen bewirkt haben, ist zu klären, ob nicht das vergrößerte Bettenangebot selbst die Vermehrung der Anstaltsgeburten hervorgerufen hat. Diese Frage drängt sich gerade darum auf, weil in den besonders gut mit Betten versorgten Großstädten die Zahl der An-

staltsentbindungen weitaus die des flachen Landes übertrifft. Ist die Anzahl der im Jahr auf ein Bett entfallenden Geburten geringer als in schlechter versorgten Gegenden, sinkt also die Ausnutzungsquote, so ist anzunehmen, daß für den vorhandenen Bettenbedarf bereits überreichlich gesorgt ist oder das Bettenangebot den Anstieg der Anstaltsentbindungen nach sich gezogen hat. Tatsächlich ist aber das Gegenteil der Fall, die schlechtere Ausnutzungsquote findet sich gerade auf dem Lande. In Hamburg und Bremen kamen im Jahre 1929 auf ein Bett 22,17 und 25,08 Geburten, in Ostpreußen waren es aber nur 9,79, in Pommern 13,18 und in Oberschlesien 11,70; die am schlechtesten mit Betten versorgten Gebiete nutzen sie auch am wenigsten aus. Die Erstellung von neuen Betten kann also nicht allein Ursache der Zunahme der Anstaltsentbindungen sein, vielmehr besteht gerade in den Gegenden mit häufigen Anstaltsgeburten die Bettennachfrage fort, was auch darauf hindeutet, daß die Steigerung noch nicht abgeschlossen ist.

Es müssen gewichtige Gründe sein, die ein Ereignis, das sich seit Jahrhunderten im Rahmen der Familie vollzog und mit zum Inbegriff der Familie gehört, dem Privathause entreißen und in die Anstalt verlegen können. Nur der Fortschritt der medizinischen Technik kann diese Wandlung nicht bewirkt haben, denn in den ersten 15 Jahren dieses Jahrhunderts haben die Anstaltsentbindungen nur unwesentlich zugenommen, obwohl die klinische Geburtshilfe damals dasselbe annähernd leistete wie heute. Es ist natürlich, daß die Wandlung des Entbindungsortes erst ermöglicht wurde durch die Entwicklung der modernen Geburtshilfe, daß sie sich aber wirklich vollzog, ist mit der medizinischen Technik allein nicht zu erklären, ihre Ursache muß tiefer, in gesellschaftlichen Strukturänderungen liegen. Wenn wir im folgenden die einzelnen Faktoren betrachten, die auf die Zunahme der Anstaltsentbindungen eingewirkt haben, wird dies stets unter dem Gesichtspunkte geschehen, daß sie Teilerscheinungen der tief in das Familienleben eingreifenden sozialen Veränderungen der letzten Jahre sind.

Besondere Bedeutung für das Anwachsen der Anstaltsentbindungen wird vor allem der Wohnungsnot zugeschrieben. Wohl gibt es schon seit 1870 im Deutschen Reich eine Wohnungsnot, besonders schlimm ist sie aber erst seit 1918 geworden (18). Ein Einblick in die Wohnverhältnisse Berliner Schwangerer ist aus dem von Alice Vollnhals erstatteten Bericht der Schwangerenfürsorge des Berliner Krankenkassenverbandes vom Jahre 1925 (4) zu erhalten. Von 645 Patientinnen wohnten 69 nur in einer Kochstube, 119 in möblierten Zimmern, 7 in

Kellerwohnungen, 17 hatten eine Schlafstelle, und 2 waren obdachlos. Der Rest wohnte in Wohnungen, die aus Küche und ein bis vier Stuben bestanden. Die meisten der Wohnungen waren in unglaublicher Weise überbelegt, deshalb betont der Bericht, daß sich unter diesen Umständen eine einwandfreie Entbindung und ein ungestörter Wochenbettverlauf kaum ermöglichen ließ.

Die Einwirkung des Wohnungsmangels auf die Zunahme der Anstaltsentbindungen geschieht in doppelter Art, einmal wirkt die Enge des Raumes an sich dahin, die Geburt nicht im Privathause stattfinden zu lassen, außerdem erhöhen aber die ungünstigen Raum- und Sauberkeitsverhältnisse die Infektionsgefahr. Des weiteren kann auch die aufgelockerte Bauweise in manchen ländlichen Gegenden, die wegen der großen Entfernung das rechtzeitige Eingreifen des Arztes oder der Hebamme unmöglich macht, Ursache für das Aufsuchen der Entbindungsanstalt sein (23).

Der Einfluß der Wohnungsnot auf die Zunahme der Anstaltsentbindungen wird von der Hebamme Nanna Conti (1) bestritten. Sie sieht den Hauptgrund für die wachsende Bedeutung der Anstalten in deren größerer Billigkeit und glaubt, daß auch in einer Stube gut und aseptisch Geburtshilfe geleistet werden kann. Neben diesem wirtschaftlichen Einwand werden auch solche weltanschaulicher Art erhoben, dabei erkennt Niedermeyer (24) aber den durch die Wohnungsnot bewirkten Zug in die Anstalt an und wendet sich nur gegen die grundsätzliche Verlegung der Entbindung in die Klinik, weil diese den seelischen Imponderabilien nicht gerecht und die Geburt damit zu einem pathologischen Geschehen gestempelt würde. Fischer (5) hält zwar auch die Forderung, „die Geburt als wichtigstes Familienereignis gehört an den häuslichen Herd“ für berechtigt, kann sie aber im Hinblick auf die schlimmen Wohnungsverhältnisse heute vom gesundheitlichen Standpunkt nicht unterstützen.

Schon im Jahre 1908 wies Grotjahn (11) den Wohnverhältnissen einen solchen Einfluß zu, daß er meinte, in Zukunft würde die Anstaltsgeburt bei der in engen Wohnungen lebenden Bevölkerung der herrschende Typus werden. Auch Goldmann (7) sieht die Ursache der Zunahme der Entbindungsanstalten neben besserer Schwangerenfürsorge in der Wohnungsnot, und aus derselben Erkenntnis verlangt Hirsch (17), daß durch Hausbesuche der Schwangerenfürsorge die Wohnung auf ihre Eignung für die Entbindung geprüft werden soll und nur die ganz normalen Entbindungen im hygienisch einwandfreien Privathause zu lassen sind.

Die offenbarste und schwerstwiegende Folge unhygienischer häus-

licher Verhältnisse ist das Kindbettfieber. Deshalb erscheint es grundsätzlich als beste Lösung im Kampfe dagegen, sämtliche Entbindungen in die Anstalt zu verlegen (3, 10, 12), Duehrssen sieht das Projekt am Bettenmangel scheitern und empfiehlt deshalb die Einrichtung geburtshilflicher Ambulatorien. Zum Beweise, daß die klinische Geburtshilfe imstande ist, dem Kindbettfieber seine Opfer zu entreißen, stellen wir nach Hirsch (14) die Todesfälle von Berlin und Leningrad gegenüber, wobei in Berlin damals nach Hirsch etwa 25%[1]), in Leningrad etwa 90% der Entbindungen klinisch waren. Danach starben im Jahre 1925 an Kindbettfieber nach Geburt in Berlin 2,22, in Leningrad 1,11 von 1000 Entbundenen, 1926 waren die entsprechenden Zahlen 1,70 und 0,70.

Während sich im Privathause meist eine indifferente, nur wenig pathogene Bakterienflora findet, an die der Organismus der Frau weitgehend gewöhnt ist, sind in jeder Anstalt eine große Menge hochvirulenter Fremdkeime. Darum bietet nach Mann (23) die Anstalt nur dann einen Vorteil im Kampfe gegen das Kindbettfieber, wenn sie eine die gewöhnliche Krankenhaushygiene übertreffende Wochenbetthygiene durchführen kann. Deshalb soll es möglichst vermieden werden, Geburten in kleinen Krankenhäusern ohne besondere Entbindungsabteilung stattfinden zu lassen. Dieser Gesichtspunkt ist um so bedeutungsvoller, als wir zeigen konnten, wie viele Anstaltsentbindungen auf solche kleine Krankenhäuser entfallen, auf der anderen Seite wird aber das unbeschreibliche Wohnungselend in den Großstädten und in manchen Gegenden die Anstalt sehr oft selbst dann als weit zweckmäßiger erscheinen lassen, wenn auch keine besondere Entbindungsabteilung vorhanden ist.

Da nach Winter 53,6% der nach Kaiserschnitt gestorbenen Frauen der Infektion zum Opfer gefallen sind (15), ist es besonders wichtig, daß alle Fälle, die operativ behandelt werden könnten, in die Anstalt kommen, ohne erst im Hause untersucht oder anoperiert zu sein.

Mit ihren vielseitigen Hilfsmitteln ist die Anstalt oft in der Lage, auch das gefährdete kindliche Leben zu retten. Nach Prinzing (26) gehen von etwa 50000 totgeborenen Kindern ungefähr 10000 durch enges Becken und höchstens 15000 durch Weichteilhindernisse zugrunde, zusammen also die Hälfte der Totgeburten. Das sind bei 36270 Totgeburten, die es noch im Jahre 1929 gab, 18000 Kinder, die Geburtshindernissen zum Opfer fielen. Die andere Hälfte ist schon im Mutterleibe gestorben, wie aus den Erhebungen mehrerer Frauenkliniken hervorgeht. Hierbei sind auch die Frühgeburten zu erwähnen, von denen viele durch vorzeitiges Absterben tot zur Welt kommen; aber auch von den lebendgeborenen Frühgeburten stirbt noch ein er-

[1]) Wir konnten allerdings für Berlin im Jahre 1925 bereits 43,4% Anstaltsgeburten errechnen (vgl. Tabelle VI).

heblicher Teil in den ersten Tagen und Wochen. Diese Verluste sind teilweise durch frühzeitige Aufnahme in ein Wöchnerinnenheim zu vermeiden, da bei den Schwangeren, die die letzten Monate der Schwangerschaft in einer Anstalt verlebt haben, Frühgeburten seltener erfolgen. Von den Kindern, die durch Geburtshindernisse umkamen, hätte sicher ein großer Teil durch rechtzeitige operative Hilfe gerettet werden können, auch bei der ersten Geburt, die jetzt oft genug die letzte bleibt, müssen Mutter und Kind erhalten bleiben, die alte „Probegeburt" hat heute ihren Sinn verloren. Deshalb fordert Sellheim (27, 28) eine Organisation der Geburtshilfe mit unbedingt einzuhaltendem Instanzenweg von der Hebamme über den Arzt in die Klinik und Hirsch eine klare Arbeitsteilung in häuslich-normale und klinisch, operative Geburtshilfe (19, 20).

Daß die ärmeren Klassen besonders häufig vom engen Becken, meist Folge der Rachitis, betroffen sind, zeigt eine Aufstellung Kippings (22), nach der das enge Becken in den Jahren 1905—1908 in der Freiburger Universitäts-Frauenklinik in der I. Klasse bei 3 von 288, in der II. Klasse bei 10 von 213, in der III. Klasse bei 160 von 939 und in der IV. Klasse bei 309 von 1501 Frauen anzutreffen war. Dabei fanden sich in der ersten und zweiten Klasse einige „Überläufer", die ihrer wirtschaftlichen Lage nach eher in der dritten oder vierten Klasse zu erwarten waren, und gerade diese sind es, die einen Teil der engen Becken in die erste und zweite Kategorie hineingebracht haben. Umgekehrt haben einige Frauen aus sozial bessergestellten Kreisen in den unteren Klassen entbunden und, da sie meist ein normal gebautes Becken besaßen, hier das Resultat verbessert. Wäre die Aufstellung statt nach Verpflegungsklassen nach der Berufsstellung vorgenommen worden, hätten sich zweifellos noch krassere Gegensätze gezeigt.

Auch der Wunsch nach schmerzloser Entbindung veranlaßt wahrscheinlich viele Frauen dazu, die Anstalt aufzusuchen. Die schmerzlose Entbindung hat in verschiedenen Formen in immer mehr Kliniken Einzug gehalten, während die Schmerzlinderung im Privathause trotz des energischen Eintretens Sellheims (29, 30, 31, 32) bisher erst ganz geringen Umfang hat. Es ist auch, besonders in Anbetracht des neuen Opiumgesetzes, vorläufig kaum eine Änderung darin zu erwarten, so daß zumindest für die Frauen unbemittelter Kreise die Anstaltsentbindung bis auf weiteres die einzige Möglichkeit einer schmerzlosen Geburt bleibt.

Wenn auch die bisher aufgeführten Gründe für die Zunahme der Anstaltsentbindungen fast nur auf medizinischem Gebiete zu liegen scheinen, ist ihre Wirkung doch nicht ohne Mithilfe soziologischer Überlegungen zu verstehen. Technisch war man vor zwei Jahrzehnten fast ebenso weit wie heute; damit man sich aber die Möglichkeiten der modernen Medizin zunutze machte, mußten eingreifende gesellschaft-

liche Veränderungen erfolgen, durch die die Bewertung des kindlichen Lebens eine höhere werden mußte. Das neugeborene Kind ist heute nicht mehr eines von vielen, oft bleibt es das einzige der Familie oder es folgen ihm noch eines oder zwei. Im Zeitalter des Geburtenrückganges ist jedes mütterliche und kindliche Leben höchst wertvoll und schonungsbedürftig, und um ihre Erhaltung muß mit allen Mitteln gekämpft werden. Schonende Geburt und sorgfältige Aufzucht weniger Kinder verdrängen den mittelalterlichen Raubbau an mütterlichem und kindlichem Leben und verpflanzen so die Prinzipien planmäßiger Wirtschaftsführung auch in den Bereich menschlichen Lebens.

Zwischen den medizinischen und den ausschließlich sozial wirkenden Ursachen des Zuges in die Anstalt stehen die Steigerung des durchschnittlichen Heiratsalters und die relative Zunahme der Erstgebärenden, beide sozial bedingt, aber beide eine Erschwerung der Geburt verursachend. Die Steigerung des Heiratsalters steht im Zusammenhang mit der Zunahme der Frauenerwerbsarbeit und der Erschwerung aller Lebensbedingungen überhaupt, wodurch es für die ledigen Frauen (17) von 24,70 Jahre im Jahre 1914 auf 25,69 Jahre im Jahre 1920 stieg. Wenn diese Steigerung auch nur gering ist und nicht überschätzt werden darf, eine gewisse Wirkung auf die Zunahme der Anstaltsentbindungen ist ihr aber wohl zuzuschreiben, da damit die erste Entbindung in durchschnittlich etwas höherem Alter stattfindet und so zunehmend schwieriger wird. Über die Zunahme der Geburtsgefahr bei steigendem Alter unterrichtet eine bereits aus dem Jahre 1882 stammende dänische Statistik von Ditzel, die wir bei Prinzing (25) zitiert finden.

Danach kamen bei Erstgebärenden auf 100 rechtzeitige Geburten beim Alter unter 20 Jahren 3 Zangengeburten, zwischen 20 und 30 Jahren 5, zwischen 30 und 35 10, von 35 bis 40 Jahren 16 und über 40 Jahre sogar 22 Zangengeburten. Die Kinder sind sowohl bei ganz jugendlichem, dann aber bei steigendem Alter der Mutter mehr gefährdet. So kamen in Österreich in den Jahren 1898—1900 auf 100 Geborene beim Alter der Mutter unter 17 Jahren 3,0 Totgeburten, von 17—20 Jahren 2,2 Totgeburten, mit steigendem Alter der Mutter erhebt sich die Zahl der Totgeborenen aber auf 3,9% bei den über 40jährigen.

Durch den Geburtenrückgang hat der Anteil der Erstgebärenden an der Gesamtzahl entbundener Frauen erheblich zugenommen, da die Abnahme im wesentlichen auf Kosten der mehrfachen Geburten erfolgt ist.

So kamen im Freistaat Baden (17) im Durchschnitt der Jahre 1908—1911 auf 100 Gebärende 21,73 Erst- und 18,76% Zweitgebärende, 1920—1925 dagegen 34,82% Erst- und 23,93% Zweitgebärende. Wie die erwähnte dänische

Statistik aber zeigt, neigen die ersten Entbindungen häufiger zu Komplikationen als die späteren, so kamen bei Erstgebärenden 5, bei Mehrgebärenden jedoch nur 0,8 Zangenentbindungen auf 100 Geburten. Von der 4.—5. Geburt an werden die künstlichen Entbindungen allerdings wieder häufiger, diese fallen aber wegen ihrer geringen Zahl heute kaum noch ins Gewicht.

Da oft die Frauen gerade die erste Entbindung in der Klinik durchzumachen wünschen, wird auch hierdurch eine relative Zunahme der Anstaltsentbindungen bewirkt. Eine absolute Zunahme ist auf diese Weise nicht möglich, da die Zahl der Erstgeburten absolut ja nicht zugenommen hat, deren relative Steigerung kann aber den Anteil der Anstaltsgeburten an der Zahl aller Entbindungen erhöhen.

Die direkteste Folge der Industrialisierung für die Frauenwelt war eine früher nie gekannte Ausdehnung der Frauenerwerbsarbeit. Sie wirkt in doppelter Weise auf die Häufigkeit der Anstaltsentbindungen ein; erstens verursacht die Berufstätigkeit gesundheitliche Schäden, durch die die Anstaltsgeburt zur Notwendigkeit wird, sodann erleichtert die Einbeziehung der arbeitenden Frau in die Sozialversicherung ihr, die Entbindungsanstalt aufzusuchen.

Die Zahl der erwerbstätigen Frauen ist von 29,34% aller Erwerbstätigen im Jahre 1882 auf 35,86% im Jahre 1925 gestiegen (36).

Während die Zunahme der Frauenarbeit in Industrie und Handwerk sowie bei den häuslichen Diensten nur gering war, stieg der Anteil der Frauen in Handel und Verkehr von 18,34 auf 29,87% und im Gesundheitswesen sowie in der Land- und Forstwirtschaft von etwa 39 auf über 50%, besonders stark war aber das Eindringen der Frauen in die Verwaltung und freien Berufe, wo sich ihr Anteil von 7,51 auf 19,36% vergrößerte. Die absolute Zahl der erwerbstätigen Frauen hat sich von 1882—1925 von 4,95 Millionen auf 11,48 Millionen vermehrt. Dieselbe Entwicklung zeigt ein Bericht der Verwaltung Berlin des Deutschen Metallarbeiter-Verbandes (41), der für Berlin auch in der Metallindustrie eine starke Zunahme der weiblichen Beschäftigten nachweist.

Ein großer Teil dieser Frauen steht im gebärfähigen Alter, und da viele von ihnen verheiratet sind, so sind sie mit Berufsarbeit, Mutterschaft und Haushalt dreifach belastet. Durch die Berufsarbeit werden mannigfache Schädigungen verursacht.

So haben wir über die Abhängigkeit des engen Beckens von der sozialen Lage bereits die Freiburger Zahlen Kippings angeführt. Gowozow (9) hat darüber hinaus die Abhängigkeit des engen Beckens von der Beschäftigung gezeigt, so fand es sich bei Arbeiterinnen in Bergwerken in 40%, in der Metallurgie in 29%, bei gemischter Arbeit in 17, im Ackerbau in 12 und bei Frauen ohne physische Arbeit in 8%. Entsprechend verhielt sich auch die Häufigkeit pathologischer Geburten. Nach Hirsch (17) waren bei Textilarbeiterinnen Zangengeburten in 5,8% der Fälle gegenüber einem Landesdurchschnitt von 3,8% nötig, und durch Kaiserschnitt wurde in 0,47% gegenüber einem Durchschnitt von nur 0,26% entbunden. Noch viel ungünstiger

stellen sich die schon mit 14 Jahren eingetretenen Arbeiterinnen dar, bei ihnen waren 14,68% der Entbindungen Zangengeburten und 1,01% Kaiserschnitte. An anderer Stelle (13) zeigt derselbe Autor an Hand eines reichen Bildermaterials die direkte, mechanisch schädigende Beeinflussung der Schwangerschaft durch die Erwerbsarbeit. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt aus der Vorkriegszeit eine Aufstellung der Leipziger Ortskrankenkasse (47), bei der auf 100 Wochenbetten bei den freiwilligen Mitgliedern 2,30 Fehlgeburten, 0,3 Frühgeburten, 2,10 Schwangerschaftskrankheiten und 0,25 Todesfälle kamen, während die entsprechenden Zahlen bei den Pflichtmitgliedern 15,50; 1,70; 5,50 und 0,32 waren.

Besonders ungünstig wirkt auch auf die Prognose der Geburt, daß die Frauen oft bis ganz kurz vor der Entbindung noch zur Arbeit gehen. Ob eine verbesserte Mutterschaftsfürsorge (17), die die Frauen schon früher der Arbeit fernhält, die Arbeitsschäden aus vielen Lebensjahren völlig auszugleichen vermag, wird abzuwarten sein, sicherlich wird der Ausbau der Fürsorge aber viel Gutes stiften können.

Die Einbeziehung einer steigenden Zahl von Frauen in die Sozialversicherung — im Jahre 1902 kamen auf 100 männliche Kassenmitglieder 32,4 weibliche, 1928 aber 61 weibliche (7) —, die Ausdehnung der Fürsorge, die durch die Zunahme der Wohnungsnot und der Frauenerwerbsarbeit nötig wurde, sowie die Entwicklung der Familienversicherung und Wochenhilfe haben zu einem erheblichen Teil zur Vermehrung der Anstaltsentbindungen beigetragen. Die Fürsorge ist in der Lage, alle komplizierten Schwangerschaften auszusondern und in die Klinik einzuweisen, außerdem kann sie durch Hausbesuche die Eignung der Wohnung für eine Entbindung beurteilen.

So raten die Fürsorgestellen des Krankenkassenverbandes Berlin in folgenden Fällen zur Anstaltsentbindung (35): 1. bei einer regelwidrigen Lage; 2. bei Verdacht auf Placenta praevia; 3. bei Eklampsiegefahr; 4. bei einem Mißverhältnis zwischen Becken und Frucht; 6. bei allen sog. alten Erstgebärenden; 7. bei allen Frauen, die durch andere Erkrankungen den Anstrengungen der Entbindung eventuell nicht gewachsen sein könnten; und 8. bei konstitutionellen Anomalien[1]). Aus solchen rein ärztlichen Gründen wurde im Jahre 1926 366 Frauen von 2482, die die Fürsorgestelle aufgesucht hatten, geraten, in der Anstalt zu entbinden. Von sich aus brachten aber 1080, also 43,5% aller Ratsuchenden, diesen Wunsch vor. Daß die sozialen Ursachen ebenfalls viele Anstaltseinweisungen veranlassen, zeigt A. Vollnhals in dem entsprechenden Bericht für 1925 (34), wo 70mal aus medizinischen und 80mal aus sozialen Gründen, und zwar wegen schlechter pekuniärer Lage oder ungünstiger Wohnungsverhältnisse zur Anstaltsentbindung geraten wurde.

Während das Fürsorgewesen gesundheitlich gefährdete Menschen

[1]) Außer diesen Indikationen werden von Hirsch auch Zwillingsschwangerschaft sowie die überlange Dauer normal begonnener häuslicher Geburten als Grund für die Anstaltseinweisung betrachtet (20, 21).

zu betreuen hat, soll die Krankenversicherung für Erkrankte sorgen. Die normale Geburt ist im Sinne der RVO. keine Krankheit, sofern sie nicht durch Verwicklungen, insbesondere die Notwendigkeit einer künstlichen Hilfe, den Charakter einer Krankheit erhält. Demgegenüber betont Grotjahn (10), daß, sozialpathologisch gesehen, auch die normale Geburt eine Krankheit ist, während deren die Frau Schonung und Hilfe bedarf, und im selben Sinne verlangt Hirsch (17), daß auch die normale Geburt und Wochenbett als Krankheit im Sinne der RVO. angesehen werden müßten.

Die RVO. gewährte zunächst nur Selbstversicherten Wochengeld, und erst durch das Gesetz über Wochenhilfe sind wesentliche Fortschritte erzielt worden. Die Kasse kann an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewähren, außerdem kann auch für Familienangehörige Wochenhilfe oder ihr Ersatz durch Aufnahme in ein Wöchnerinnenheim gewährt werden.

Die Zahl der Kassen, die Anstaltsaufenthalt und Familienhilfe bewilligen, ist dauernd gestiegen, von den Ortskrankenkassen im Hauptverband deutscher Krankenkassen haben im Jahre 1926 95 Kassen für Selbstversicherte 0,17 M. je Mitglied, 53 Kassen für Angehörige 0,12 M. je Mitglied für Wöchnerinnenheime ausgegeben. In der A. O. K. Berlin (43, 44) waren in den letzten Jahren bei den Pflichtversicherten 55—60% Anstaltsentbindungen, bei den freiwilligen Mitgliedern etwa 50% und den Familienangehörigen etwa 45%. Die Betriebskrankenkasse der AEG. hat im Jahre 1925 bei Geburtsfällen von 406 Selbstversicherten 156 und von 745 Familienangehörigen 47 Anstaltsentbindungen gewährt (6). Da im Jahre 1929 7647604 Frauen krankenversichert waren, ist die Bedeutung der Versicherung für die Zunahme der Anstaltsentbindungen sehr groß.

Da die Unterbringung in einer Entbindungsanstalt keine Regelleistung der Krankenversicherung ist, werden die Kassen nach der vierten Notverordnung (48) in Zukunft nur noch so viel für den Aufenthalt in Wöchnerinnenheimen ausgeben können, wie dem Entbindungsbeitrag und der Wochenhilfe entspricht. Demnach werden also bei normalen Entbindungen die Versicherten auch dort, wo die Kasse bisher die gesamten Kosten getragen hatte, mindestens einen Teil davon selbst beizusteuern haben. Es wird abzuwarten sein, wie sich dies auf die Zahl der Anstaltsgeburten auswirkt und ob die pathologischen Geburtsabläufe zunehmen werden; damit wäre dann — leider ein sehr trauriges Experiment — der bündige Beweis für die Bedeutung der Krankenversicherung auch auf diesem Gebiet erbracht.

Das Verhältnis der Ledigengeburten zur Gesamtgeburtenziffer ist seit 80 Jahren im wesentlichen gleich geblieben (36).

Im Jahrzehnt 1851—1860 waren 11,51 von 100 Entbundenen ledig, und im Jahre 1929 waren es 12,22, in der Zwischenzeit schwankte diese Ziffer

nur wenig nach oben und unten. Von den ledigen Müttern hat stets ein großer Teil in Anstalten entbunden, in Hamburg (46) kamen von 100 unehelich Geborenen im Jahre 1901 27,45 in Anstalten zur Welt, und diese Ziffer stieg stetig bis auf 68,85 im Jahre 1930. Von 100 ehelichen Kindern waren im Jahre 1901 nur 1,11 Anstaltsgeburten, im Jahre 1930 aber 58,69; während also die ledigen Mütter schon lange in einem großen Prozentsatz zur Entbindung in die Anstalt gingen, sind die Verheirateten erst später dazu gekommen. So waren auch in Dortmund (4) im Jahre 1910 7,6% der ehelichen und 46,4% der unehelichen Geburten, 1927 aber 29,2% der ehelichen und 65,5% der unehelichen Anstaltsentbindungen. Auch in Düsseldorf (45), von wo uns nur Zahlen seit 1926 vorliegen, suchten in den letzten Jahren ziemlich konstant 65—69% der Ledigen zur Entbindung die Anstalt auf, indes bei den Ehefrauen ein gleichmäßiger Anstieg von 40% im Jahre 1926 auf 51% im Jahre 1929 zu verzeichnen war. Hiernach scheint die Entwicklung bei den Ledigen im wesentlichen abgeschlossen zu sein — und dieser Abschluß liegt nicht weit von 100%, wenn wir an die notwendige Hinzurechnung der Entbindungen in kleineren Krankenhäusern denken —, während bei den ehelichen Geburten der Anstieg noch anhält. Da bereits vor dem Kriege ein großer Teil der unehelichen Geburten in Anstalten stattfand, konnte ihre Zahl später nicht mehr so stark steigen wie die der ehelichen, infolgedessen mußte ihr Anteil an der Gesamtzahl der Anstaltsentbindungen beträchtlich sinken; so waren in Hamburg (46) von 100 Anstaltsgeburten im Jahre 1901 77,14, im Jahre 1911 noch 54,06; 1921 aber nur noch 22,70 und 1930 13,83 unehelich.

Die Ursachen für die stärkere Benutzung der Entbindungsheime durch die Ledigen liegen in den besonders ungünstigen sozialen Verhältnissen dieser Frauen, worauf schon Mann (23) hingewiesen hat. Häufig haben die unehelichen Mütter gar keine Möglichkeit, die Geburt im Hause zu erwarten, so wenn sie Hausangestellte sind oder in möblierten Zimmern wohnen, aber auch bei eigener Wohnung sind die Wohnverhältnisse oft besonders ungünstig. Vielfach mag auch der Wunsch, an einem dritten Orte zu entbinden, den Anlaß zum Aufsuchen der Anstalt gegeben haben.

Wenn auch bei den Ledigen die Häufigkeit des Aufsuchens der Klinik seit dem Kriege noch etwas zugenommen hat, ist ihre Bedeutung für die Summe der Anstaltsentbindungen doch erheblich zurückgegangen, da die Steigerung der unehelichen Anstaltsgeburten weit geringer als die der ehelichen Geburten war. Den unehelichen Geburten ist also kein Einfluß auf die Zunahme der Anstaltsgeburten seit dem Kriege beizumessen.

Durch die Zunahme der Fehlgeburten ist auch eine steigende Zahl davon in den Entbindungsanstalten behandelt worden. Die Vermehrung der Anstaltsgeburten ist zwar auch ohne die Fehlgeburten beträchtlich, trotzdem ist ihre Bedeutung für das Wachstum der Entbindungsanstalten nicht zu verkennen.

Während im Jahre 1911 4,1% der Behandlungsfälle Fehlgeburten waren, stieg dieser Satz bis auf 11% im Jahre 1918, um dann nach vorübergehendem Abfall bis 1929 auf 13,7% zu steigen. Die absolute Zunahme ist noch vie ausdrucksvoller, indes 1911 nur 2505 Fehlgeburten in Entbindungsanstalten behandelt wurden, waren es im Jahre 1918 6558 und im Jahre 1929 21093. Da die Fehlgeburten einen kürzeren Klinikaufenthalt als die Entbindungen brauchen, hat sich die Vergrößerung ihres Anteils in einer Verkürzung der durchschnittlichen Anstaltsdauer von 17,8 Tagen im Jahre 1913 auf 15,6 Tage im Jahre 1926 ausgewirkt. Dies ist aber auch mit darauf zurückzuführen, daß durch die zunehmende Zahl normaler Geburten in Anstalten ebenfalls die Aufenthaltsdauer abgekürzt wird.

IV. Zusammenfassung und Schluß

Seit dem Kriege haben die Anstaltsentbindungen in einem ganz neuen, das Wachstum der Allgemeinkrankenhäuser weit übertreffenden Maße zugenommen. Unter Einbeziehung der Geburten, die in kleinen Krankenhäusern und den kleinen Privatanstalten stattgefunden haben, waren wahrscheinlich im Jahre 1929 etwa 15—20% aller Geburten Anstaltsentbindungen. In manchen Großstädten vollzieht sich die Geburt bereits vorwiegend in der Anstalt, so daß ihr Charakter als Familienereignis verlorengegangen ist. Die Ursachen für diese Wandlung sind neben anderen Faktoren in der Verstärkung der Wohnungsnot, der Zunahme der Frauenarbeit und dem Ausbau der Sozialversicherung zu sehen. Hauptgrund ist aber eine höhere Bewertung des mütterlichen und des kindlichen Lebens, die sich medizinisch in der Bekämpfung des Kindbettfiebers und der Zunahme der operativen Entbindungen äußert, wofür die Klinik die besten Möglichkeiten bietet. Technisch wäre dies schon früher möglich gewesen, die Anstaltsentbindungen begannen aber erst dann erheblich zuzunehmen, als infolge des Geburtenrückganges der Wert des einzelnen Lebens ebenso wie durch die Verschmälerung unserer wirtschaftlichen Basis der Wert von Wirtschaftsgütern steigen mußte. Die Zunahme der Anstaltsgeburten ist gleichzeitig mit dem neuen intensiven Impuls, den Industrialisierung und Rationalisierung seit dem Kriege erfahren haben, eingetreten. Sie bedeutet auch ihrerseits ein Stück Rationalisierung, Rationalisierung des menschlichen Lebens. Die Zeiten, in denen von 10—15 Kindern nur 2 oder 3 am Leben blieben, und die Zeiten, in denen vielfach die Mütter im Wochenbette starben, sind längst vergangen, aber jetzt, wo in den Großstädten sich beinahe das Einkindersystem eingeführt hat, muß man weitergehen. Heute kann es keine „Probegeburt“ mehr geben, jede Mutter und jedes Kind müssen mit dem kleinsten Risiko die Geburt und das Wochenbett überleben, und diesem Zweck vermag die Anstalt oft am besten zu dienen.

Unter diesen beherrschenden Gesichtspunkten sind die geschilderten Einzelursachen der Zunahme der Anstaltsentbindungen zu betrachten, sie sind ein deutlicher Ausdruck der vermehrten Schätzung des Lebens von Mutter und Kind, sie sind ein Teil der der wirtschaftlichen Ökonomie entsprechenden und sie ergänzenden Menschenökonomie.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir ein Bedürfnis, meines verstorbenen Lehrers Prof. Grotjahn zu gedenken, dem ich Dank für vielfachen Rat und Anregung schulde.

Herrn Dr. Georg Wolff bin ich für die freundliche Übernahme des Referates dieser Dissertation nach dem Tode Grotjahns und die Durchsicht der Arbeit verbunden. Ihm, sowie Herrn Dr. Kantorowicz, Bibliothekar des sozialhygienischen Seminars, verdanke ich auch zahlreiche statistische und literarische Ratschläge.

Literatur.

1. Conti, Nanna, Haus und Klinik. Allg. dt. Heb.-Ztg. 14, 227. 1926. — 2. Duehrssen, Die neue Geburtshilfe. Berlin 1923. — 3. Duehrssen, Über geburtshilfliche Ambulatorien. B. kl. W. 1919, Nr. 6. — 4. Engel, St., Die Fürsorge für Mütter, Säuglinge und Kleinkinder. In Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich. Herausgeg. von B. Möllers. 2. Aufl. Berlin-Wien 1930. — 5. Fischer, A., Grundriß der sozialen Hygiene. 2. Aufl. Karlsruhe 1925. — 6. Goldmann, F., und A. Grotjahn, Die Leistungen der deutschen Krankenversicherung im Lichte der sozialen Hygiene. Herausgeg. vom I. A. A. Berlin 1928. — 7. Goldmann, F., Das Krankenhaus in der Gesundheits- und Volkswirtschaft. Nosokomeion, II, 3. — 8. Goldmann, F., Die Neuordnung der Krankenanstaltsstatistik für das Deutsche Reich. Z. f. d. ges. Krankenhauswesen 1931, Nr. 24/25. — 9. Gowozow, Prophylaktische Medizin, zit. nach Hirsch, Die Gefahren der . . . usw. (s. Lit. Nr. 13), S. 19. — 10. Grotjahn, A., Soziale Pathologie. 3. Aufl. Berlin 1923. — 11. Grotjahn, A., Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung. Leipzig 1908. — 12. Hirsch, M., Fruchtabtreibung, Präventivverkehr und Geburtenrückgang. Würzburg 1914. — 13. Hirsch, M., Die Gefahren der Frauenerwerbsarbeit für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kindesaufzucht. Leipzig 1925. — 14. Hirsch, M., Zur Frage der geburtshilflichen Neuordnung. Zbl. f. Gyn. 1929, Nr. 32. — 15. Hirsch, M., Die Frage der geburtshilflichen Neuordnung auf dem Leipziger Kongreß. Zbl. f. Gyn. 1930, Nr. 9. — 16. Hirsch, M., und E. Roesle, Geburtshilfliche Reichsstatistik. Arch. f. Frauenkunde, XV, 3/4. — 17. Hirsch, M., Mutterschaftsfürsorge. Leipzig 1931. — 18. Hirsch, M., Wohnungsnot und Geburtsfürsorge. Soz. Medizin, 4/5, S. 251ff. — 19. Hirsch, M., Über häusliche und klinische Geburtshilfe. Med. Kl. 1928, Nr. 25. — 20. Hirsch, M., Über die Arbeitsteilung der Geburtshilfe in häuslich-normale und klinisch-operative. Zbl. f. Gyn. 1928, Nr. 22. — 21. Hirsch, M., Die geburtshilfliche Auslese. M. m. W. 1931,

Nr. 21. — 22. Kipping, Über die ätiologische Bedeutung der äußeren Lebensbedingungen für die Häufigkeit des engen Beckens. I.-D. Freiburg 1911. — 23. Mann, F., Was ist vorzuziehen, Entbindung im Privathaus oder unter klinischen Verhältnissen? Ärztl. Mitt. 1926, Nr. 45, S. 710. — 24. Niedermeyer, A., Sozialhygienische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Leipzig 1927. — 25. Prinzing, F., Die Ursachen der Totgeburt. Allg. stat. Arch. **7**, H. 1, S. 30ff. — 26. Prinzing, F., Geburtensterblichkeit und Sterblichkeit an Infektionskrankheiten. D. m. W. 1922, Nr. 41. — 27. Sellheim, H., Höchstleistung der Geburtshilfe durch Arbeitsteilung. D. m. W. 1926, Nr. 22 und 23. — 28. Sellheim, H., Auswirkungen der schonenden Geburtshilfe für die Praxis und das Volksleben. Arch. f. Frauenkunde **17**, H. 2, S. 185ff. — 29. Sellheim, H., Schmerzlinderung für jede Frau in ihrer schweren Stunde. Med. Kl. 1930, Nr. 30. — 30. Sellheim, H., Warum soll man nicht jeder Frau eine Linderung der Geburtsschmerzen gönnen? Zbl. f. Gyn. 1930, Nr. 33. — 31. Sellheim, H., „Dämmerschlaf" oder „Schmerzlinderung" unter der Geburt. Schmerz, Narkose, Anästhesie 1931, Nr. 10. — 32. Sellheim, H., Schmerzlinderung bei Geburten außerhalb des Krankenhauses. Umfrage der Med. Welt 1930, Nr. 9. — 33. Stier-Somlo, F., Reichsversicherungsordnung. Handkommentar. 4. Aufl. München 1930. — 34. Vollnhals, Alice, Ein Jahr Schwangerenfürsorge der Ambulatorien des Berliner Kassenverbandes. Jahrb. 1925 der Amb. des Verb. der Krankenkassen Berlin, S. 45ff. — 35. Vollnhals, Alice, Die Schwangerenfürsorge in den Ambulatorien in den Jahren 1926 und 1927. Jahrb. 1926/1927 der Amb. des Verb. der Krankenkassen Berlin, S. 65ff. — 36. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. 40.—50. Jahrg. Berlin 1921—1931. — 37. Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik im Deutschen Reiche für die Jahre 1911—1913 und 1914—1916. Medizinalstatist. Mitt. aus d. Reichsges.-Amte Bd. 21. Berlin 1920. — 38. Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik im Deutschen Reiche für die Jahre 1917—1922. Medizinalstatist. Mitt. aus d. Reichsges.-Amte Bd. 22. Berlin 1925. — 39. Die Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik in den Jahren 1923 und 1924. Stat. d. Dtsch. R. Bd. 336. Berlin 1928. — 40. Die Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik in den Jahren 1925 und 1926. Stat. d. Dtsch. R. Bd. 360. Berlin 1930. — 41. Die Frauenarbeit in der Metallindustrie. Herausgeg. vom Vorst. des Deutschen Met.-Arb.-Verb. Stuttgart 1930. — 42. Verwaltungsbericht der Stadt Berlin. Heft 3: Gesundheitswesen. Herausgeg. vom Stat. Amt d. Stadt Berlin. Berlin 1930. — 43. Bericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin für das Geschäftsjahr 1929. Berlin 1930. — 44. Bericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin für das Geschäftsjahr 1930. Berlin 1931. — 45. Jahresbericht des Statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf für das Jahr 1926, 1927, 1928 und 1929. — 46. Die Geborenen im Hamburgischen Staat 1901—1930. Aus Hamburgs Verwaltung und Wirtschaft. Monatsschr. d. Stat. Landesamts, 8. Jahrg., Nr. 4. — 47. Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung. Berlin 1910. — 48. Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens. Reichsges.-Bl. 1931, Teil 1, Nr. 79, S. 699ff.

Lebenslauf

Ich wurde am 17. Juni 1908 zu Berlin als Sohn des Kaufmannes Jacob Goldstein geboren. Meine erste Ausbildung erhielt ich auf einer privaten Vorschule, dann besuchte ich neun Jahre lang das Friedrichs-Werdersche Gymnasium zu Berlin, das ich im Herbst 1926 mit dem Reifezeugnis verließ. Zwei vorklinische Studiensemester verbrachte ich in Berlin, die drei anderen in Freiburg i. Br., wo ich am 1. März 1929 die ärztliche Vorprüfung mit „gut" bestand. Die sechs klinischen Semester studierte ich sämtlich wieder in Berlin und bestand das ärztliche Staatsexamen am 28. Juli 1932 mit „gut". Nunmehr bin ich als Medizinalpraktikant an der 2. inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Moabit tätig.